Uber Erysipel und Erysipel-Recidive.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

medizinischen Fakultät

der K. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität

zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrates Professors Dr. von Ziemssen

vorgelegt von

Gottfried Frickhinger

approb. Arzt aus Nördlingen.

München.

Verlag von J. F. Lehmann.

1893.

Uber Erysipel und Erysipel-Recidive.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

medizinischen Fakultät

der K. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität

zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrates Professors Dr. von Ziemssen

vorgelegt von

Gottfried Frickhinger

approb. Arzt aus Nördlingen.

München.

Verlag von J. F. Lehmann.

1893.

Seinem teuren Lehrer

Herrn

Geheimrat Dr. v. Ziemssen

in dankbarer Verehrung

gewidmet.

Es wurde mir von Herrn Geheimrath von Ziemssen die Aufgabe zu Theil, die vom Jahre 1870 bis 1891 auf der ersten medicinischen Abtheilung des Krankenhauses l./J. München an Erysipel behandelten Fälle zusammenzustellen und dabei ein besonderes Augenmerk auf die Recidive zu werfen.

Ich habe als Anhaltspunkt für die Beurtheilung der Itensität der Krankheit die Höhe der Temperatursteigerung genommen und so eine Statistik aufgestellt über die Fieberhöhen zuerst im Allgemeinen bei sämmtlichen zur Beobachtung gelangten Fällen, dann vergleichsweise bei Primärerkrankungen und Recidiven und ebenso bei den erstmaligen und öftersmaligen Recidiven. Wo es anging, wurde auch die Zeit festgestellt, welche zwischen zwei Anfällen verflossen war und die Dauer derselben in Beziehung gesetzt zu der recidivirenden Erkrankung.

Weiterhin wurde dann zu constatiren versucht, ob auf die Fieberintensität das Geschlecht und das Alter einen Einfluss ausübte, nachdem zuvor die Häufigkeit des Vorkommens des Erysipels überhaupt bei beiden Geschlechtern und in den verschiedenen Altersklassen festgestellt worden war. Zum Schlusse wurde ein eventueller Einfluss der Jahreszeit in Betracht gezogen.

Ich habe versucht, den jetzigen Stand der Frage an der Spitze eines jeden Abschnittes durch Belege aus der Literatur zu scizziren.

I. Unterschiede der Krankheitsschwere bei primärem und bei recidivirendem Erysipel.

Lepelletier — Traité de l'érysipèle et des différentes variétés, qu'il peut offrir 1836 — schreibt: Der periodische Rothlauf kehrt mit grösserer oder geringerer Regelmässigkeit nach längeren oder kürzeren Zwischenräumen wieder. Rücksichtlich der äusseren Erscheinungen zeigt er sich bald in dieser, bald in jener Art.[1])

In seinen Betrachtungen über Erysipel macht Volkmann[2]) die kurze Bemerkung, die habituellen Erysipele kämen merkwürdiger Weise vorwiegend beim Weibe vor.

Ueber habituelles Erysipel schreibt Zülzer:[3]) „Die Erysipele erscheinen zuweilen jährlich, ein oder zweimal, zur Frühjahr- oder Herbstzeit, in einzelnen Fällen weniger regelmässig. Der Verlauf der gut beobachteten Fälle weicht von dem gewöhnlichen Erysipel nicht wesentlich ab, die Allgemeinerscheinungen werden milder."

Aus Tillmanns's Abhandlungen über Erysipelas[4]) entnehmen wir bezüglich der Recidive folgende einschlägige Bemerkungen: „Die Recidive bei Erysipelas der Haut sind etwas ganz gewöhnliches. Wie häufig sie im Allgemeinen etwa vorkommen, ist schwer zu sagen. Zülzer glaubt die Häufigkeit etwas auf 5—15% der Fälle angeben zu können. Heyfelder sah unter 42 Fällen 2 Recidive."

„Was die Entstehung der Recidive anlangt, so sind wohl diejenigen, welche sich frühzeitig an die Primäraffection anschliessen, neue Ausbrüche der letzteren, spätere Recidive können zuweilen als Folge neuer Infection, unabhängig von der ersten Erkrankung aufgefasst werden."

„Der Ausgang des Recidivs ist in der Mehrzahl der Fälle gewöhnlich der, dass die (so) stürmisch eingesetzte zweite Erkrankung nach kürzerer Dauer als die erste, ebenso plötzlich aufhört und dass nun der Pat. rasch seiner vollen Genesung entgegen geht. In andern Fällen kann sich aber ein neues Recidiv an das erste anschliessen

1) Citirt nach dem Referate in Schmids med. Jahrbüchern. Bd. XV, pg. 134.
2) Handbuch der Chirurgie von Pitha u. Billroth 1869. 1. Bd. 2. Abth. 1. Heft 1 L. pg. 141.
3) Handbuch der spec. Pathologie und Therapie von v. Ziemssen. 2. Band 2. Hälfte p. 773. 1877.
4) Deutsche Chirurgie von Billroth und Luecke. 5te L. 1880. p. 86 und 137.

und so weiter. Die Recidive werden gewöhnlich dann immer milder . . . . . intensive Recidive, welche die erste Erkrankung womöglich noch übertreffen, sind selten."

„In manchen Fällen (endlich) ist das Recidiv, welches sich sehr bald an die Primärerkrankung anschliesst, mehr abortiver Natur. Es kommt nicht so recht zum Vorschein; die Temperatur steigt an, die frühere Erysipelstelle scheint sich hier und da an Randpartieen oder mehr in den mittleren Gegenden zu röten, anzuschwellen, aber die Local- und Allgemeinerscheinungen neigen sich wieder zur Norm, das drohende Recidiv ist gleichsam in einem ersten Entstehen erstickt worden, es fehlte die nötige Intensität."

„Die Symptomatologie der sog. habituellen Erysipele d. h. der bei einzelnen Individuen an bestimmten Stellen periodisch wiederkehrenden Hauterysipele ähnelt in den richtig diagnosticirten Fällen im wesentlichen vollständig dem gewöhnlichen Erysipel. Der habituelle Rothlauf tritt gewöhnlich in regelmässigen Intervallen auf, 1 oder mehreremale jedes Jahr . . . . Gewöhnlich zeichnen sich die habituellen Erysipele hinsichtlich ihres Verlaufes dadurch aus, dass der Rothlauf nur geringe Ausdehnung gewinnt, und dass die Allgemeinerscheinungen weniger hervortreten."

Dr. P. Sorel[1]) bemerkt über Recidive bei Erysipel:

Les récidives survenues après un intervalle ayant varié d'un mois á deux ans ne présentaient pas nécessairement de même type fébrile ni la même durée que l'érisipèle primitif, même quand ils occupaient le même siège."

Paul Blocq veröffentlicht in „La France médicale I. 9. 1886" einen Fall eines seit mehreren Jahren stets zur selben Zeit wiederkehrenden Erysipels. Leider ist im Referate hierüber[2]) auf den Verlauf und die Fieberhöhe bei den einzelnen Anfällen nicht näher eingegangen; es ist nur erwähnt, dass dieselben typisch verliefen und dass der letzte beobachtete eine Dauer von 11 Tagen hatte. Vielleicht dürfte man hieraus schliessen, dass jedes Recidiv wenigstens von mässig heftiger Natur war, und dass eine Abnahme der Intensität des Fiebers mit der wachsenden Zahl der Anfälle nicht zu constatiren war.

Karl Schadeck sagt in einem Artikel in der St. Petersburger med. Wochenschrift No. 2 1887:

„In der Mehrzahl der Fälle war die Fieberreaction eine bedeu-

1) Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. No. 14 1885.
2) Schmid's med. Jahrbücher. CCIX p. 170.

tende, nur in den Fällen von recidivirendem Erysipel war öfters die Localaffection entweder von gar keiner neuen Temperaturerhöhung begleitet, oder dieselbe war nur schwach ausgeprägt. Nur in einem Falle von Gesichtsrose folgten 7 Recidive aufeinander, und wurde jede neue Attaque von einer bedeutenden, wenn auch kurz andauernden Temperaturerhöhung (40—41°) begleitet."[1])

Leyden und Renvers[2]) schreiben über Erysipel Folgendes: „Unter 89 Fällen waren 24 Recidive. Bei 5 Frauen recidivirte die Erkrankung noch im Krankenhause innerhalb weniger Wochen, in einem Falle überstand die Patientin in 5 Wochen drei typisch ablaufende, jedesmal mit starker Temperaturerhöhung einhergehende Gesichtserysipele. Die längste Zwischenzeit zwischen der Primärerkrankung und dem Recidiv wurde bei einer 57 Jahre alten Frau beobachtet, die vor 30 Jahren ein Erysipel hatte.

In der Zeit vom Jahre 1870 bis Nov. (incl.) 1891 wurden auf der I. med. Klinik und Abtheilung des Herrn Geheimrath v. Ziemssen 669 Personen an Erysipel behandelt. Leider waren in den Anamnesen die Angaben häufig für unsere Zwecke nicht hinreichend, so dass bei manchen Betrachtungen 150 oder noch mehr Fälle ausser Berechnung gelassen werden mussten.

Unter 528 Fällen trafen
310 auf erstmalige Erkrankung an Erysipel und
218 auf Recidive.
Von 100 an Rothlauf Behandelten treffen also
58,71 auf primär befallene und
41,29 auf mehrmals erkrankte Personen.
Von 208[3]) Recidiven kommen
116 auf zweitmalige Erkrankung und
92 auf dritt- und mehrmalige Erkrankung.
Oder auf je 100 Recidive kommen
56 Fälle mit erstem Recidiv und
44 Fälle mit mehrmaligem Recidiv.

Als höchste Zahl der Recidive bei ein und demselben Individuum wurde 11 gefunden; da jedoch sehr häufig in den Anamnesen der Ausdruck „erkrankte schon öfter" oder „schon sehr oft" gebraucht ist, so kann eben genannte Zahl als höchste nur bedingte Geltung haben.

---

1) Citirt nach dem Referate in der allg. med. Centralzeitung Nro. 10 u. 11, 1887.
2) Bericht über die auf der Isolirstation der I. med. Klinik beobachteten Infectionskrankheiten. Charité-Annalen, XV. Jahrgang, pg. 126. 1890.
3) 10 Fälle müssen wegen mangelnder anamnestischer Angaben hier unberücksichtigt bleiben.

Ich habe für meinen Zweck die von Wunderlich angegebenen 6 Fiebergrade in 3 Abtheilungen zusammengezogen und bezeichne:

1) Temperaturen bis 37,9 als „Fälle ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen".
2) Temperaturen von 38,0—39,5 als „Fälle mit mässigen Allgemeinerscheinungen".
3) Temperaturen über 39,5 als „Fälle mit schweren Allgemeinerscheinungen".

Unter 504 Erkrankungen kamen nun vor:

101 = 20,04% Fälle ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen,
119 = 23,61% Fälle mit mässigen Allgemeinerscheinungen und
284 = 56,35% Fälle mit schweren Allgemeinerscheinungen.

Die folgende Tabelle gibt einen Ueberblick über die Schwere der primären und der recidivirenden Erysipele:

Tab. 1.

Es verliefen	Primär-erkrankungen	Recidive	treffen % auf die Primär-erkrankungen	treffen % auf die Recidive
Ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen	52	49	17,57	23,56
Mit mässigen Allgemeinerscheinungen	62	57	20,94	27,40
Mit schweren Allgemeinerscheinungen	182	102	61,49	49,04
Summa:	296	208	—	—

Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, dass von den 208 Recidiven die Summe der leichteren Fälle d. h. der Fälle ohne erhebliche und mit mässigen Allgemeinerscheinungen (Abtheil. 1 und 2) 106 = 51% gegenüber 102 = 49% schweren Fällen (Abtheil. 3) beträgt, während bei den 296 Primärerkrankungen die leichteren Fälle zusammen nur 114 = 38% gegenüber 182 = 62% schweren Fällen ausmachen, so dass also bei den Recidiven der Procentsatz der leichteren Fälle ein höherer, der Procentsatz der schweren Fälle ein niedrigerer ist als bei den Primärerkrankungen.

II. Unterschied in der Krankheitsschwere bei erstem und bei mehrmaligem Recidiv.

Nach denselben Gesichtspunkten wie oben angeordnet, erhalten wir folgende Tabelle:

Tab. 2.

Es verliefen	Erste Recidive	Mehrmalige Recidive	treffen % auf die ersten Recidive	treffen % auf die mehrmaligen Recidive
Ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen	31	18	26,73	19,57
Mit mässigen Allgemeinerscheinungen	28	29	24,14	31,52
Mit schweren Allgemeinerscheinungen	57	45	49,13	48,91
Summa:	116	92	—	

Aus Tab. 2 ist ersichtlich, dass die erstmaligen Recidive um 6.16% mehr Fälle ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen aufweisen als die mehrmaligen Recidive, das sie dagegen den letzteren bei den Fällen mit mässigen Allgemeinerscheinungen um 7,38% nachstehen. Fasst man jedoch wie oben die erste und zweite Abtheilung als „leichtere Fälle", so findet sich kein wesentlicher Unterschied in der Fieberintensität zwischen erstem und mehrmaligem Recidiv.

Bei 56 Recidiven mit Fiebererscheinungen war es möglich, den Verlauf der Temperatur auf das Genaueste festzustellen d. h. die Temperaturkurve [1]) aufzuzeichnen. Hiebei zeigte es sich, dass nur bei 10 Fällen = 17% das Fieber eine Dauer von 6 Tagen oder darüber hatte; weitere 17% zeigten den Fieberanfall schon am 5ten Tage. Bei 4 Fällen = 7% hielt die febrile Temperatur 4 Tage an, bei je 9 Fällen = 16% 2 und 3 Tage und bei 14 Fällen = 25% nur 1 Tag.

Gerade bei den Fällen, bei welchen das Fieber nur sehr kurze Zeit anhielt, war häufigere Temperaturhöhe bis 40° C. und darüber zu beobachten, welche jedoch ebenso rapid wie sie gekommen wieder verschwand. [2])

1) Die Aufnahme der Kurven in die Arbeit hätte derselben einen zu grossen Umfang gegeben.

2) Ich verweise bei diesem Punkte auf die Beobachtungen Tillmanns über den Fieberverlauf der Recidive (s. pg. 6).

III. Einfluss der zwischen zwei Erysipel-Infectionen verflossenen Zeit auf die Schwere der Erkrankung.

Wir gehen jetzt zur Beantwortung der Frage über, ob die Dauer der seit dem letztmaligen Anfalle verflossenen Zeit einen Einfluss auf den jeweiligen Fieberverlauf hatte.

Diese Zeit war im Ganzen bei 109 Fällen angegeben. Sie belief sich bei 8 Fällen = 7% auf Tage, bei je 15 Fällen = 14% auf Wochen und Monate, endlich bei 71 Fällen = 65% auf Jahre.

Wenn wir jedoch diejenigen Anfälle, welche schon nach wenigen Tagen auf die letztmalige Erkrankung folgten, nicht als Recidive, sondern als Nachschübe betrachten, so können für die oben erwähnte Frage nur 101 Fälle in Berechnung gezogen werden.

Um bei dieser verhältnissmässig geringen Anzahl von Fällen eine allzugrosse Zersplitterung zu vermeiden, erschien es als das zweckmässigste, nur 2 Rubriken aufzustellen, nämlich die zwischen zwei Anfällen verflossene Zeit als „kürzere" zu bezeichnen, wenn sie nicht über 4 Wochen betrug, im anderen Falle als „längere Zeit." Hiernach ergab sich folgende Tabelle:

Tab. 3.

Von den Recidiven bzw. 100 Recidiven, welche dem letzten Anfalle (oder der Primärerkrankung) folgten nach	verliefen		
	Ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen	Mit mässigen Allgemeinerscheinungen	Mit schweren Allgemeinerscheinungen
kürzerer Zeit	8 bezw. 40,00	5 bezw. 25,00	7 bezw. 35,00
längerer Zeit	22 bezw. 27,16	22 bezw. 27,16	45 bezw. 45,68

Wir haben also da, wo die Zwischenzeit von „kürzerer" Dauer war, um 12,84% mehr Fälle ohne erhebliche und um 10,68% weniger Fälle mit schweren Allgemeinerscheinungen. Es wäre somit die Eingangs der Betrachtung dieses Punktes gestellte Frage in bejahendem Sinne zu beantworten und zwar äussert sich dieser Einfluss in der Art, dass die längere Zeit nach der vorhergegangenen Infection auftretenden Recidive schwerer zu sein pflegen als die nach kürzerer Zeit auftretenden.

Oefter als einmal gelangten zur Beobachtung d. h. zwei- oder dreimal lagen an Erysipel erkrankt auf der Abtheilung 32 Individuen.

Während unter diesen 8 älleFjedesmal hohes Fieber hatten und 4 Fälle immer afebril verliefen oder höchstens leichte Fiebererscheinungen zeigten, war bei 20 Fällen die Höhe der Temperatur bei jeder einzelnen Erkrankung verschieden.

Bei 11 Fällen war dies ganz besonders bemerkbar; denn während ein Anfall ohne jegliche Temperatursteigerung verlief, zeigte ein anderer bei demselben Individuum hohe Fiebererscheinungen.

Von besonderem Interesse sind diejenigen Fälle (15), bei welchen Primärerkrankung und erstes Recidiv zur Beobachtung kamen, so dass also unter besonderer Berücksichtigung der Zwischenzeit zu constatieren ist, wie sich dieselben bezüglich des Fiebers verhielten.

Von 4 Fällen, bei welchen das Recidiv der Primärerkrankung nach einigen Tagen folgte (wobei dasselbe also eigentlich als Nachschub anzusehen ist), verlief ein Fall beidemale ohne Temperatursteigerung, die andern 3 jedesmal mit hohem Fieber; die Temperaturhöhe zeigte also bei der Primärerkrankung und dem Recidiv keine Verschiedenheiten.

Bei einem Fall betrug die Zwischenzeit eine Woche; in der Primärerkrankung stieg die Temperatur bis 38,0, im Recidiv bis 39,9.

Bei einem andern Fall, bei welchem die Zwischenzeit sich auf drei Wochen belief, zeigte die Primärerkrankung eine Temperaturhöhe von 40,4, während das Recidiv von keiner Temperatursteigerung begleitet war.

6 Fälle, bei welchen die Zwischenzeit Monate betrug, verhielten sich folgendermassen:

Tab. 4.

Zwischenzeit zwischen P. E. u. R. in Monaten	Höchste Temperatur während der Primärerkrankungen	Höchste Temperatur während des Recidivs
1½	37,4	37,7
1½	40,3	39,0
2	40,8	39,0
4	40,3	afebril
10	41,0	40,9
11	41,1	afebril

Ein Fall, welcher nach einem Jahr recidivirte, hatte bei der Primärerkrankung als höchste Temperatur 39,6, beim Recidiv 40,7. Nach weiteren zwei Jahren vom zweiten Recidiv befallen, erreichte er eine Temperaturhöhe von 40,9.

Ein weiterer Fall, bei welchem das Recidiv erst nach drei Jahren erfolgte, zeigte während der ersten Erkrankung nur subfebrile Temperatur, während des Recidivs 39,0.

Endlich ein Fall mit einer Zwischenzeit von 4 Jahren. Bei der Primärerkrankung stieg die Temperatur bis 41,1 beim Recidiv bis 39,7

Mit Ausnahme des bereits genannten kamen noch 4 Fälle dreimal zur Beobachtung. Sie verhielten sich bezüglich der jeweiligen Temperatur-

höhe und der Zwischenzeit zwischen jedem einzelnen Anfalle folgendermassen:

1. Erstes Recidiv mit höchster Temp. 40,5. Nach 2 Monaten.
   Zweites Recidiv » » » 39,8. » 2 Monaten.
   Drittes Recidiv » » » 40,4.
2. Erstes Recidiv mit höchster Temp. 37,9. Nach 3 Monaten.
   Zweites Recidiv » » » 39,8. » 8 Monaten.
   Drittes Recidiv » » » 38,9.
3. Erstes Recidiv mit höchster Temp. 41,1. Nach 11 Monaten.
   Recidiv afebril. » 4 Wochen.
   Sechstes Recidiv » » 38,0.
4. Erst beobachteter Anfall[1]) mit höchster Temp. 38,5. Nach 5 Jahren.
   Nächster Anfall » » 39,0. » Nach 3 Monaten.
   Nächster Anfall » » 38,0.

Bezüglich der Dauer der Zwischenzeit zwischen zwei Anfällen und ihrer Einwirkung auf die Fieberintensität bei den besprochenen 32 Fällen haben wir zu erwähnen, dass das Intervall, nur 7mal sich auf „kürzere" Zeit d. h. auf Tage und Wochen belief, dass also die Zahlen zu klein sind, um Schlüsse zu ziehen, bemerkenswerth erscheint jedoch immerhin, dass die Zwischenzeit zwischen zwei Anfällen, welche jedesmal dieselbe oder annähernd die gleiche Temperaturhöhe zeigten,

5 mal = 35,71 % „kürzere" und
9 » = 65,29 % „längere" Zeit betrug,

dass sie dagegen zwischen zwei Anfällen, welche sich verschieden in Bezug auf die Fieberintensität verhielten, nur

2 mal = 9,09 % sich auf „kürzere"
und 20 » = 90,91 % auf „längere" Zeit belief.

IV. Einfluss des Geschlechtes.

Dass das habituelle Erysipel vorwiegend bei Weibern gefunden wird, ist von Volkmann[2]) und Tilmanns[3]) erwähnt.

Peter Hinckes: „Ueber Natur, Ursachen, Statistik und Behandlung des Erysipels (Midland Quarterly Journ., May. 1857)" gibt an, dass er unter 260 Fällen 147 Weiber und 113 Männer gefunden habe, also 43,46 % Männer und 57,54% Weiber.[4])

Im mediz. Jahresbericht über Frankfurt a. M. — 1860 lauten die bezüglichen Angaben: „Weiber wurden mehr als doppelt soviel als Männer aufgenommen, auch nach mehrjährigen Durchschnittsberechnungen stellt sich das Verhältniss bei den Weibern auf 68,7%, bei den Männern auf 31,2%, während die Gesammtzahl beider aufgenommenen Geschlechter in demselben Zeitraume nahezu die gleiche ist.[5])

1) Ob Primärerkrankung oder bereits ein Recidiv, war nicht festzustellen.
2) l. c. pg. 141. 3) l. c. pg. 87
4) Citirt nach dem Referate in Schmids med. Jahrbüchern, Bd. XCVI. pg. 182.
5) Citirt nach dem Referate in Schmids med. Jahrbüchern, Bd. CXII pg. 245.

Volkmann[1]) schreibt: Das weibliche Geschlecht zeigt eine entschiedene Praedisposition, wie schon Chomel und Blache angegeben und die Ermittlung von Pajos, Fenestre u. a. bestätigt hat.

Man darf nur, wenn man sich auschliesslich oder vorwiegend auf Hospitalstatistik stützt, nicht vergessen, dass sich in die Hospitäler fast überall viel weniger Frauen wie Männer aufnehmen lassen.[2]) Trotzdem kamen unter den in den Jahren 1830—31 auf dem Bureau central zu Paris sich krank meldenden Personen auf 633 Erysipelatöse 326 Weiber. (Also 51,50%.)

Tillmanns[3]) bemerkt über den Einfluss des Geschlechtes unter anderem folgendes: „Das Geschlecht soll nach der Ansicht verschiedener Autoren die Prädisposition zu Rothlauf beeinflussen. Nach übereinstimmenden Angaben verschiedener Autoren ist das weibliche Geschlecht mehr zur Erysipelerkrankung disponirt als das männliche."

„Die Gesichtserysipele", fährt Tillmanns weiterhin fort, „sind bei den Weibern wahrscheinlich häufiger als bei den Männern.

Wohl variiren die Angaben dieses und jenes Autors, das Endresultat aller ergibt aber doch eine vermehrte Disposition des weiblichen Geschlechtes."

Unter unseren sämmtlichen 669 Fällen waren 180 Männer und 489 Weiber.

Unter sämmtlichen 37612 Kranken, welche in den Jahren 1874 bis incl. 89 auf der 1ten Abtheilung in Behandlung standen, waren 18206 Männer und 19406 Weiber.[4])

Demnach kommen auf 100 Kranke im Allgemeinen
48,40 Männer und
51,60 Weiber.

Auf 100 Erysipel-Kranke kommen
26,91 Männer und
73,09 Weiber.

Unter 310 Primärerkrankungen waren 98 Männer
und 212 Weiber.

---

1) l. c. pg. 132.

2) Was übrigens für die vorliegenden Verhältnisse, d. h. für die I. med. Abtheilung des Münchener Krankenhauses l./J., nicht zutrifft. Die Ueberzahl der Individuen männlichen Geschlechtes, welche auch für beide Krankenhäuser Münchens seit Jahren constatirt wird, findet ihre Erklärung in dem zahlreicheren Zugang der Männer sowohl zur chirurgischen Station als besonders zur Abtheilung für Haut- und Geschlechts-Krankheiten, während der Zugang zu den internen Stationen für Weiber und Männer sich nahezu gleich stellt.

3) l. c. pg. 61.

4) Nach den Annalen der städt. Krankenhäuser Münchens, herausgegeben von Prof. Dr. v. Ziemssen, Bd. I—V.

Unter 216 Recidiven waren 42 Männer
und 176 Weiber.
Unter 116 erstmaligen Recidiven waren 28 Männer
und 88 Weiber.
Unter 92 mehrmaligen Recidiven waren 12 Männer
und 80 Weiber.

Es treffen also
auf 100 Primärerkrankungen 31,94 Männer und 68,06 Weiber,
„ 100 Recidive . . . . 19,27 Männer und 80,73 Weiber,
„ 100 erstmal. Recidive . 24,14 Männer und 75,86 Weiber,
„ 100 mehrmal. Recidive . 13,04 Männer und 86,96 Weiber.

Während also die Weiber bei den Primärerkrankungen $^2/_3$ aller Fälle ausmachen, betragen sie bei den erstmaligen Recidiven $^3/_4$ und bei den mehrmaligen Recidiven $^7/_8$ der Erkrankungen. Es ist also mit der wachsenden Zahl der Recidive ein häufigeres Befallenwerden der Individuen weiblichen Geschlechtes zu verzeichnen.

Bei Vertheilung auf die angegebenen Fiebergrade konnten wieder nur 504 Fälle in Betracht gezogen werden. Dieselben, nach Geschlechtern getrennt, ordnen sich nach folgender Tabelle:

Tab. 5.

Es verliefen	Männer	Weiber	treffen % auf die Männer	treffen % auf die Weiber
Ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen	24	77	17,91	20,81
Mit mässigen Allgemeinerscheinungen	35	84	26,11	22,70
Mit schweren Allgemeinerscheinungen	75	209	55,98	56,49
Summa:	134	370		

Aus Tab. 5 ergibt sich, dass ein Einfluss des Geschlechtes auf die Schwere der Erkrankung im Allgemeinen nicht zu constatiren ist.

296 Primärerkrankungen und 208 Recidive, zus. 504, nach Geschlechtern getrennt, vertheilen sich auf die verschiedenen Fiebergrade nach folgender Tabelle:

Tab. 6.

Es verliefen	Männer		Weiber		treffen % auf die Männer		treffen % auf die Weiber	
	P. E.	R.	P. E.	R.	P. E.	R.	P. E.	R.
Ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen	12	12	40	37	12,77	30,00	19,80	22,02
Mit mässigen Allgemeinerscheinungen	24	11	38	46	25,53	27,50	18,82	27,38
Mit schweren Allgemeinerscheinungen	58	17	124	85	61,70	42,50	61,38	50,60
Summa:	94	40	202	168				

P. E. = Primärerkrankung, R. = Recidiv.

Es ergibt sich aus Tab. 6, dass bei den Primärerkrankungen beide Geschlechter fast gleich viel „leichtere" und „schwere" Fälle aufweisen, dass also wiederum auf die Schwere des Verlaufs das Geschlecht ohne Einfluss ist.

Anders ist das Verhältniss bei den Recidiven, indem hier das weibliche Geschlecht zu den „schweren" Fällen 8,10% mehr stellt als das männliche; dieser Unterschied wird dadurch ausgeglichen, dass bei den Männern um 8% mehr leichte Fälle vorkommen als bei den Weibern.

Wie wir nun, was aus den eben angestellten Berechnungen hervorgeht, im Recidiv bei beiden Geschlechtern eine verhältnissmässig grössere Anzahl leichterer Fälle und eine kleinere Anzahl schwerer Fälle haben als bei den Primärerkrankungen, so zeigen bei ersterem besonders die Individuen männlichen Geschlechts verhältnissmässig mehr Fälle mit mildem Verlauf und weniger mit schweren Allgemeinerscheinungen als das weibliche Geschlecht.

V. Einfluss des Alters.

Im med. Jahresbericht über Frankfurt a. M. 1860 [1]) ist verzeichnet: „Das Alter betreffend zeigt sich beim Vergleichen der Erysipel-Kranken mit sämmtlichen gleichaltrigen aufgenommenen Kranken, dass bei den an Gesichtsrose Erkrankten nur das Alter von 20—30 Jahren stärker

1) l. c. pg. 245.

vertreten ist, das von 30—45 dagegen etwas schwächer als nach dem Durchschnitte; im Alter von 10—20 Jahren entspricht das Befallenwerden von Gesichtsrose dem allgemeinen Durchschnitte."

Dr. Moritz Smoler[1]) fand 100 Fälle nach Geschlechtern getrennt in folgender Weise auf die verschiedenen Altersklassen verteilt:

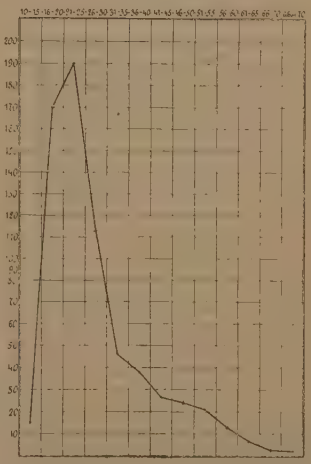
	Männer	Weiber
10—20 Jahre	17	15
20—30 „	19	26
30—40 „	4	7
40—50 „	6	1
50—60 „	4	1

Volkmann[2]) führt über den Einfluss des Alters folgendes an: „Die grösste Häufigkeit fällt auf die Blüthezeit des Lebens, zwischen das 20. und 45. Lebensjahr. Dagegen zeigen jüngere Kinder, wenn wir von dem Erysipelas neonatorum abstrahiren, eine relativ grosse Immunität."

Tillmanns[3]) schreibt: „Das Lebensalter soll nach Einigen die individuelle Disposition zu Erysipelas beeinflussen. Im Allgemeinen scheint es, als ob der Rothlauf im Kindesalter, wenn wir von E. neonatorum absehen, nicht gerade eine gewöhnliche, sondern eine seltene Krankheit sei."

„Im Greisenalter sollen Erysipele im Allgemeinen seltener vorkommen als bei Erwachsenen und bei Kindern. Doch bewegen wir uns wieder mehr oder weniger auf dem Gebiete der Vermuthungen. Ich habe immer geglaubt, dass Greise verhältnissmässig häufig von Erysipelas befallen würden, vielleicht in Folge ihrer welken, weichen, nicht so widerstandsfähigen Haut. Im Allgemeinen kommen die Erysipele, wenn wir vom Erysipelas neonatorum absehen, am häufigsten wohl im Alter von 20, 30—40 Jahren zur Beobachtung."

Diagramm der umstehenden Tab. 7.



1) Citirt nach dem Referate in Schmids med. Jahrb. Bd. CXXI pg. 236.
2) l. c. pg. 132.
3) l. c. pg. 63 und 64.

Unsere sämmtlichen 669 Fälle vertheilen sich auf die verschiedenen Altersgruppen in folgender Weise:

Tab. 7.

	10—15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45
	15	170	190	113	46	38	27
in %	2,24	25,41	28,40	16,89	6,88	5,68	4,03

	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	über 70	Summa
	24	21	13	7	3	2	669
in %	3,59	3,14	1,94	1,05	0,45	0,30	100,00

Tab. 7 zeigt die weitaus meisten Fälle im 21.—25., 16.—20. und 26.—30. Lebensjahre. Vom 31. Jahre ab sinkt die Zahl der Erkrankungen successive mit der Höhe der Altersgruppe.

Allgemein gefasst treffen auf das Alter von 16—25 Jahren über die Hälfte aller Erkrankungen, nämlich 360 = 53,81 %; auf das Alter von 16—30 Jahren treffen über $^2/_3$, nämlich 473 = 70,70 % und im Alter von 16—40 Jahren finden wir über $^4/_5$ aller Fälle: 557 = 83,26 %.

Zum Vergleiche mit dem Stand der Morbidität im Allgemeinen in den verschiedenen Lebensaltern steht uns die Statistik über die vom Jahre 1874 bis incl. 1879 auf der I. medicinischen Abtheilung behandelten Individuen zur Verfügung. Es waren im Ganzen 13896. Dieselben sind in folgender Weise nach Altersgruppen geordnet:[1])

5—15	16—30	31—60	über 60
270	8759	4108	759
1,94 %	63,03 %	29,56 %	5,47 %.

Unsere 669 Fälle ebenso vertheilt ergeben:

5, bezw. 10—15	16—30	31—60	über 60
15	473	169	12
2,24 %	70,70 %	25,26 %	1,80 %.

Demnach sind die Erkrankungen an Erysipel im Alter bis zu 30 Jahren verhältnissmässig häufiger als die Erkrankungen im Allgemeinen, vom 30. Lebensjahre ab

1) l. c. Bd. I—III. (incl.)

stehen sie etwas unter den Durchschnittszahlen der letzteren.

Nach Geschlechtern getrennt ordnen sich die 669 Fälle nach folgender Tabelle:

Tab. 8.

Altersgruppe	Männer	Weiber	treffen % auf die Männer	treffen % auf die Weiber
10—15	4	11	2,22	2,25
16—30	109	364	60,56	74,44
31—60	65	104	36,12	21,26
Ueber 60	2	10	1,10	2,05
Summa:	180	489		

Die im Jahre 1879[1]) auf der I. med. Abtheilung Behandelten vertheilen sich bei Trennung der Geschlechter auf die 4 Altersgruppen nach folgender Tabelle:

Tab. 8a.

Altersgruppe	Männer	Weiber	treffen % auf die Männer	treffen % auf die Weiber
10—15	46	22	3,91	1,74
16—30	632	954	53,74	75,66
31—60	434	226	36,90	17,92
Ueber 60	64	59	5,45	4,68
Summa:	1176	1261		

1) l. c. Bd. III. Hier kann nur der Jahrgang 1879 verwendet werden, weil in den vorhergehenden (1874—78) die Zahl der männlichen Kranken diejenige der weiblichen übersteigt; erst vom Jahre 1879 an ist das umgekehrte Verhältniss zu constatiren. Genannter Jahrgang entspricht bezüglich des Vorkommens der Geschlechter genau dem oben angegebenen für sämmtliche Jahrgänge (1874—89) berechneten Verhältnisse.

Rufen wir uns zunächst das oben gefundene Resultat in das Gedächtniss zurück: „Die Erkrankungen an Erysipel sind im Alter bis zu 30 Jahren verhältnissmässig häufiger als die Erkrankungen im Allgemeinen, vom 30. Lebensjahre ab stehen sie etwas unter den Durchschnittszahlen der letzteren", so finden wir nach Tab. 8 und 8a, dass dieser Unterschied bedingt wird durch das Verhalten des männlichen Geschlechtes, dessen Erkrankungsziffer beim Erysipel sich höher stellt als die Gesammterkrankungsziffer, während das weibliche Geschlecht in jeder der 4 Altersgruppen eben so viele Procente an Erysipelfällen als an Erkrankungen im Allgemeinen stellt.

Primärerkrankungen (310) und Recidive (218) ordnen sich, in die verschiedenen Altersgruppen vertheilt, nach folgender Tabelle:

Tab. 9.

Altersgruppe	Primär-Erkrankungen	Recidive	treffen % auf die Primär-Erkrankungn.	treffen % auf die Recidive
10—15	9	2	2,90	0,92
16—30	217	155	70,00	71,09
31—60	80	57	25,81	26,15
Ueber 60	4	4	1,29	1,84
Summa:	310	218		

Tab. 9 zeigt keine Unterschiede zwischen Primärerkrankungen und Recidiven bezüglich der Häufigkeit ihres Vorkommens in den 4 Altersgruppen.

Zu bemerken ist noch, dass ein Recidiv sich bei einem über 70 Jahre alten Individuum nicht fand.

Nach Trennung der Geschlechter gestaltet sich die Vertheilung der Primärerkrankungen und der Recidive auf die verschiedenen Altersgruppen nach folgender Tabelle:

Tab. 10.

Altersgruppe	Männer		Weiber		treffen % bei den Männern auf die		treffen % bei den Weibern auf die	
	P. E.	R.	P. E.	R.	P. E.	R.	P. E.	R.
10—15	2	1	7	1	2,04	2,38	3,30	0,57
16—30	57	25	160	130	58,16	59,52	75,47	73,86
31—60	38	16	42	41	38,78	38,10	19,81	23,30
Ueber 60	1	0	3	4	1,02	0,00	1,42	2,27
Summa:	98	42	212	176				

Tab. 10 zeigt, dass in den verschiedenen Altersklassen sowohl das männliche wie das weibliche Geschlecht jedesmal verhältnissmässig gleich viele Primärerkrankungen wie Recidive aufweist, so dass also auch in dieser Beziehung ein Einfluss des Geschlechtes nicht zu constatiren ist.

Erstmalige (116) und mehrmalige Recidive (92) ergeben bezüglich ihres Vorkommens in den verschiedenen Altersgruppen folgende Tabelle:

Tab. 11.

Altersgruppe	Erste Recidive	Abermalige Recidive	treffen % auf die ersten Recidive	treffen % auf die mehrmaligen Recidive
10—15	2	0	1,72	0,00
16—30	77	70	66,38	76,09
31—60	33	22	28,45	23,91
Ueber 60	4	0	3,45	0,00
Summa:	116	92		

Aus Tab. 11 ist ersichtlich, dass bei den mehrmaligen Recidiven das 16.—30. Lebensjahr gegenüber den anderen Altersgruppen durch eine verhältnissmässig noch grössere Anzahl an Fällen

ausgezeichnet ist, als bei den erstmaligen Recidiven; in den höheren Altersklassen ist das Verhältniss umgekehrt.

Im Alter über 55 Jahre fand sich, wie aus einer eingehenden tabellarischen Uebersicht hervorgeht, kein Individuum mit mehrmaligem Recidiv, ebenso nicht im Alter von 10—15 Jahren.

Zum Schlusse soll die Frage beantwortet werden, ob das Alter einen Einfluss auf die Schwere der Erkrankung besitzt.

Es konnten im Ganzen 628 Fälle verwendet werden. Dieselben ordnen sich, nach Alter und jeweiliger Fieberhöhe vertheilt, nach folgenden Tabellen:

Tab. 12.

Im Alter von	verliefen		
	ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen	mit mässigen Allgemeinerscheinungen	mit schweren Allgemeinerscheinungen
10—15	3	3	9
16—30	88	102	256
31—60	22	42	91
Ueber 60	4	6	2
Summa:	117	153	358

Tab. 13.

Unter 100 Individuen im Alter von	verliefen Fälle			Summa
	ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen	mit mässigen Allgemeinerscheinungen	mit schweren Allgemeinerscheinungen	
10—15	20,00	20,00	60,00	100,00
16—30	19,73	22,87	57,40	100,00
31—60	14,19	27,10	58,71	100,00
Ueber 60	33,33	50,00	16,67	100,00

Aus Tab. 12 und 13 ist ersichtlich, dass die Fälle ohne erhebliche, sowie besonders diejenigen mit mässigen Allgemeinerscheinungen im hohen Alter verhältnissmässig häufiger sind als bei jugendlichen

Individuen, dass hingegen die Fälle mit schweren Allgemeinerscheinungen im Alter über 60 Jahre nur sehr schwach vertreten sind.

Demnach wäre der Verlauf des Erysipels bei älteren Individuen vorherrschend mild, während das Alter auf die Schwere der Erkrankung vor dem 60. Jahre ohne sichtlichen Einfluss ist.

VI. Einfluss der Jahreszeit.

Die Statistiken, welche über die Einwirkung der Jahreszeit auf die Erkrankung an Erysipel angestellt wurden, haben noch zu keinem abgeschlossenen Resultate geführt.

Peter Hinckes[1]) fand seine 260 Fälle folgendermassen auf die 4 Jahreszeiten vertheilt:

Frühjahr	66
Sommer	49
Herbst	56
Winter	89
Summa	260

Weiterhin führt er folgenden Auszug aus den Listen des „Registrar General“:

	1845	1846	1847	1848	1849	1850	1851	1852	1853	1854
Frühling	95	71	116	196	137	119	81	120	86	96
Sommer	80	78	107	129	114	103	74	98	74	115
Herbst	56	92	126	128	99	65	76	54	80	109
Winter	77	106	176	126	109	87	116	67	84	128

Summa:	Frühling	1117
	Sommer	972
	Herbst	875
	Winter	1076

Aus dem „Med. Jahresbericht über Frankfurt a/M. 1860“[2]) ersehen wir, dass in diesem Jahre die grösste Zahl an Erysipel-Kranken im Mai und Juni aufgenommen wurde „wegen früher, ungewöhnlicher Hitze“. Hiezu wird jedoch bemerkt, dass nach 15jährigem Durchschnitte die meisten Erkrankungen an Gesichtsrose im Herbste in den Monaten Sept. bis Nov. vorkamen, im Sommer dagegen die wenigsten.

Geissler-Dresden[3]) „Periodische Schwankungen der wichtigsten Krankheiten“ gibt über Erysipel folgende Ziffern an:

1) l. c. pg. 182. 2) l. c. pg. 245.
3) Citiert nach dem Referate in Schmids med. Jahrbüchern. Bd. CLXXXVIII. pg. 84.

Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
118	113	109	108	99	94	85	80	82	95	111	106

Zuelzer[1]) schreibt: „Erysipel wird in jeder Jahreszeit beobachtet, ist indes in den Monaten mit raschem Witterungswechsel, im Frühjahr und Herbst, am häufigsten".

Tillmann's[2]) hält einen Einfluss der Jahreszeit auf das Vorkommen des Erysipels für nicht wahrscheinlich.

Carl Schadeck[3]) fand seine 63 Erysipel-Fälle folgendermassen auf die 12 Monate vertheilt:

Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
11	5	13	7	6	0	2	2	5	3	2	7

Unsere 669 Fälle vertheilen sich auf die 12 Monate in folgender Weise:

Tabelle 14.

Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
63	49	60	68	71	50	47	54	41	57	51	58
					in %						
9.42	7.33	8.97	10.16	10.61	7.47	7.03	8.07	6.13	8.52	7.62	8.67

Nach dieser Tabelle gestaltet sich die Vertheilung auf die vier Jahreszeiten folgendermassen:

Dezember, Januar, Februar	Winter	170 = 25.42 %
März, April, Mai	Frühjahr	199 = 29.74 %
Juni, Juli, August	Sommer	151 = 22.57 %
September, Oktober, November	Herbst	149 = 22.27 %

Demnach treffen die meisten Fälle auf das Frühjahr, sodann auf den Winter. Sommer und Herbst weisen weniger, aber unter sich gleich viele Erkrankungen auf.

Nach Tab. 14 zeigen die meisten Fälle die Monate Mai, April und Januar, die wenigsten September, Februar und Juli.

1) l. c. pg. 704. 2) l. c. pg. 57. 3) s. a. a. O.

310 Primärerkrankungen und 218 Recidive, zusammen 518 vertheilen sich auf die 4 Jahreszeiten folgendermassen:

		Primärerkrankungen	Recidive
Dezember, Januar, Februar	Winter	88 = 28.39 %	58 = 26.61 %
März, April, Mai	Frühjahr	82 = 26.45 %	62 = 28.44 %
Juni, Juli, August	Sommer	71 = 22.90 %	50 = 22.94 %
September, Oktober, November	Herbst	69 = 22.26 %	48 = 22.01 %
		310 100.00 %	218 100.00 %

Die Primärerkrankungen sowohl wie die Recidive sind also im Winter und Frühjahr häufiger, als im Sommer und Herbst, beide kommen jedoch in den einzelnen Jahreszeiten immer in verhältnissmässig fast gleicher Anzahl vor.

Der Einfluss der Jahreszeit auf die Schwere der Erkrankung wird ersichtlich aus folgenden Tabellen.

Tabelle 17.

Es verliefen	im Winter	im Frühjahr	im Sommer	im Herbst
Ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen	23=15.98 %	26=13.90 %	30=20.27 %	38=25.50 %
Mit mässigen Allgemeinerscheinungen	32=22.22 %	51=27.27 %	34=22.97 %	36=24.16 %
Mit schweren Allgemeinerscheinungen	89=61.80 %	110=58.83 %	84=56.76 %	75=50.34 %
Summa	144	187	148	149

Tabelle 15.

Von den Erkrankungen verliefen	in den Monaten											
	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen . . .	10	5	2	11	13	8	12	10	7	19	12	8
Mit mässigen Allgemeinerscheinungen	13	13	20	17	14	9	10	15	13	15	8	6
Mit schweren Allgemeinerscheinungen	38	23	33	37	40	33	27	24	22	21	32	28
Summa	61	41	55	65	67	50	49	49	42	55	52	42

Tabelle 16.

Es verliefen	von **je 100** Erkrankungen in den Monaten											
	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Ohne erhebliche Allgemeinerscheinungen . . .	16.39	12.10	3.64	16.92	19.40	16.00	24.49	20.41	16.67	34.55	23.07	19.05
Mit mässigen Allgemeinerscheinungen	21.31	31.71	36.36	26.16	20.90	18.00	20.41	30.61	30.95	27.27	15.39	14.29
Mit schweren Allgemeinerscheinungen	62.30	56.19	60.00	56.92	59.70	66.00	55.10	48.98	52.38	38.18	61.54	66.66
Summa	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Nach Tab. 17 muss der Herbst als „günstigste", d. h. als diejenige Jahreszeit bezeichnet werden, in welcher die Erkrankungen an Erysipel verhältnissmässig häufiger als sonst mit milden und seltener mit schweren Allgemeinerscheinungen einhergingen. Es finden sich im Herbst 74 = 49,66% „leichtere" Fälle gegenüber 75 = 50,34% „schweren" Fällen, während nach dem Vorhergegangenen das allgemeine Verhältniss der leichten zu den schweren Erkrankungen sich stellt wie 43,65 zu 56,35.

Als „ungünstigste" Jahreszeit ergibt sich der Winter. Hier haben wir 55 = 38,66% „leichtere" Fälle gegenüber 89 = 61,80% „schweren" Fällen.

Das Frühjahr zeichnet sich durch einen verhältnissmässig hohen Procentsatz an Fällen mit mässigen Allgemeinerscheinungen aus, nämlich 51 = 27,27% gegenüber ca. 22—24% in den übrigen Jahreszeiten.

Nach Tab. 16 zeigt sich als weitaus günstigster Monat der October; wir haben hier 34 = 61,82% „leichtere" Fälle gegenüber 21 = 38,18% „schweren" Fällen. Hierauf folgt der August mit 25 = 51,02% „leichteren" und 24 = 48,98% „schweren" Fällen, dann der September 20 = 47,62% : 22 = 52,38%.

Die ungünstigsten Monate sind:

December:	14 = 33,34%	„leichtere"	u. 28 = 66,66%	„schwere"	Fälle.
Juni:	17 = 34,00%	„	u. 33 = 66,00%	„	„
Januar:	23 = 37,70%	„	u. 38 = 62,30%	„	„
November:	20 = 38,46%	„	u. 32 = 61,54%	„	„
März:	22 = 40,00%	„	u. 33 = 60,00%	„	„

Die übrigen Monate ordnen sich vom ungünstigsten angefangen folgendermassen:

Mai:	27 = 40,30%	„leichtere"	u. 40 = 59,70%	„schwere"	Fälle.
April:	28 = 43,08%	„	u. 37 = 56,92%	„	„
Februar:	18 = 43,81%	„	u. 23 = 56,19%	„	„
Juli:	22 = 44,90%	„	u. 27 = 55,10%	„	„

Zum Schlusse eine kurze Recapitulation:

Von allen Erkrankungen an Erysipel fielen 41% auf Recidive.

Von den Recidiven kommen 56% auf zweitmalige Erkrankung und 44% auf öftersmalige. Von sämmtlichen Erkrankungen an Erysipel verliefen ohne Temperatursteigerung bis zur Fieberhöhe 20%.

Von den Primärerkrankungen verliefen 18% fieberlos, von den Recidiven 24%.

Bei der zweitmaligen Erkrankung fanden sich fieberlose Fälle 27%, bei der öftersmaligen Erkrankung nur 20%.

Im Allgemeinen ergab sich als hauptsächlichster Unterschied zwischen Primärerkrankung und Recidiv, dass bei letzterem verhältnissmässig weniger Fälle mit hohen Temperaturen vorkamen als bei ersterem.

Das öftersmalige Recidiv zeichnete sich im Gegensatze zum ersten Recidiv besonders durch eine grosse Anzahl solcher Fälle aus, welche mit mässigem Fieber einhergingen, während das erste Recidiv, wie schon bemerkt, sehr viele fieberlose Erkrankungen aufweist.

Bezüglich der Zwischenzeit, die immer zwischen zwei Anfällen verflossen war, fand sich, dass dieselbe meist 1 Jahr und mehr betrug.

Ihre Dauer erschien insoferne von Einfluss auf die Fieberintensität des recidivirenden Anfalles, als nach kurzen Intervallen (Wochen) die Erscheinungen verhältnissmässig öfter leichte waren als nach längeren (Monate und Jahre); weiter zeigten von den Fällen, welche öfter als einmal in Behandlung standen, die Recidive, welche nach kürzer Zeit dem vorhergehenden Anfalle gefolgt waren, häufiger wiederum das nämliche Verhalten der Temperatur (betreff der Höhe derselben), als die Recidive, welche erst nach längerer Zeit sich einstellten.

Der Fieberverlauf bei den Recidiven war sehr häufig ein derartiger, dass gerade sehr hohe Temperatursteigerungen nur ganz kurze Zeit anhielten und der Abfall des Fiebers oft sogar noch am ersten Krankheitstage erfolgte.

Was den Einfluss des Geschlechtes betrifft, so sahen wir, dass verhältnissmässig mehr Weiber als Männer an Erysipel in Behandlung standen. Denn während in der oben angegebenen Zeit auf der Abtheilung nur um 3,20% mehr Weiber als Männer aufgenommen wurden, beträgt die Differenz, um welche das weibliche Geschlecht gegenüber dem männlichen stärker vertreten ist, bei der Erkrankung an Erysipel 46,18%.

Der Procentsatz, welchen das weibliche Geschlecht stellte, war ferner bei den Recidiven höher als bei den Primärerkrankungen und bei den mehrmaligen Recidiven höher als bei den erstmaligen.

Ein Einfluss des Geschlechtes auf die Fieberintensität dürfte wohl zu verneinen sein; zwar fand sich, dass die mehrmaligen Recidive bei den Individuen männlichen Geschlechtes in relativ viel geringerer Anzahl mit hohen Temperaturen einhergingen als bei den

Weibern; doch ist die Zahl der an mehrmaligem Recidiv behandelten Männer zu gering, um zu Schlüssen volle Berechtigung zu geben.

Betreff des Einflusses des Alters ist zunächst zu constatiren, dass die Erkrankungen an Erysipel im Alter bis zu 30 Jahren verhältnissmässig etwas häufiger vorkamen als die Erkrankungen im Allgemeinen; vom 30. Lebensjahre ab aber und besonders im Alter über 60 Jahre ist ihre Zahl etwas geringer. Diese Unterschiede zeigte auch das männliche Geschlecht, das weibliche Geschlecht jedoch nicht.

Auf das Vorkommen der Primärerkrankungen und Recidive konnte ein Einfluss des Alters im Allgemeinen nicht nachgewiesen werden.

Betreff der mehrmaligen Recidive ist zu bemerken, dass sich dieselben in besonders grosser Anzahl im 16. bis 30. Lebensjahre zeigten, während sie im Alter über 55 Jahre gar nicht mehr vorkamen.

Von Einfluss zeigte sich das Lebensalter auf die Intensität der Erkrankung, indem bei älteren Individuen häufiger ein milder Verlauf zu constatiren war als bei jüngeren.

Bezüglich der Jahreszeit fand sich, dass die meisten Fälle auf das Frühjahr trafen; von den Monaten war der Mai durch die grösste Anzahl ausgezeichnet, der Juli durch die kleinste.

Primärerkrankungen und Recidive getrennt zeigten im wesentlichen keine anderen Verhältnisse.

Die erstmaligen Recidive kamen am häufigsten ebenfalls im Frühjahr vor; im Winter stellten sie einen niedrigen Procentsatz. Die mehrmaligen Recidive waren im Winter und Frühjahr gleich häufig.

Weiterhin konnte constatirt werden, dass die Intensität der Erkrankung im Herbst eine geringere war als in den übrigen Jahreszeiten; weitaus am meisten Erkrankungen mit milden Verlauf fanden sich im October, am meisten schwere Fälle im December.